軽度者に係る福祉用具貸与費の例外給付の確認申請書

　　年　　月　　日

　　豊　山　町　長

事業所名【事業所番号】　　　　　　　　　　　【 　　　　　　】

事業所所在地（〒　　　　　　）

事業所代表者名

事業所ＴＥＬ　　（　　　　）　　　－

下記により、福祉用具貸与費の例外給付につき確認をお願いします。

該当する□にレ点を記入

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| １ | 被保険者 | （氏名） | | （被保険者番号） | |
| （要介護度）　□要支援１　□要支援２　□要介護１ | | | |
| ２ | 福祉用具を必要とする理由 | □ | 疾病その他の原因により、状態が変動しやすく、日によって又は時間帯によって、頻繁に３の状態像に該当する。 | | |
| □ | 疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短時間のうちに３の状態像に該当するに至ることが確実に見込まれる。 | | |
| □ | 疾病その他の原因により、身体への重大な危険性又は症状の重篤化の回避等医学的判断から３の状態像に該当すると判断できる。 | | |
| ３ | 確認を必要とする福祉用具及び該当する状態像 | □ | 車いす及び車いす付属品 | | □日常的に歩行が困難 |
| □ | 特殊寝台及び特殊寝台付属品 | | □日常的に起き上がりが困難な者  □日常的に寝返りが困難な者 |
| □ | 床ずれ防止用具 | | □日常的に寝返りが困難な者 |
| □ | 体位変換器 | | □日常的に寝返りが困難な者 |
| □ | 認知症老人徘徊感知機器 | | □意思の伝達、介助者への反応、記憶・理解のいずれか  に支障があり、かつ移動において全介助を必要としない者 |
| □ | 移動用リフト（つり具の部分を除く。） | | □日常的に立ち上がりが困難な者  □移乗が一部介助又は全介助を必要とする者 |
| ４ | ２の福祉用具を必要とする理由を確認した方法 | | | | □主治医意見書  □医師の診断書等（主治医連絡票を含む） |
| □医師から所見を聴取 |
| ５ | サービス担当者会議開催日 | | | | 年　　月　　日 |

添付書類：①居宅（介護予防）サービス計画書、②サービス担当者会議の記録、③福祉用具を必要とする理由が確

認できる書類

＊①：居宅サービス計画書は国の標準様式（第１表、第２表）に、介護予防サービス計画書は国の標準様式（介護予

防サービス・支援計画書）に該当する書面。「 医師の所見」･「医師の氏名」・「当該福祉用具貸与が特に必要な理

由」が記載されているものが必要。

＊②：国の標準様式（第４表）に該当する書面。介護予防の場合は、国の標準様式（介護予防支援経過記録）に該当

する書面。やむを得ない理由によりサービス担当者会議を開催せず、担当者に対する照会等により意見を求めた場

合は、図の標準様式（第５表）に該当する書面を提出してください。「 開催日（照会日・回答日）」・「出席者（回

答者）」「福祉用具貸与の例外給付についての検討内容（照会内容・回答内容）」 が記載されているものが必要。

＊③：主治医意見書及び医師の診断書等（主治医連絡票を含む）による場合は、その写しに福祉用具を必要とした理

由を確認した箇所が分かるようにラインマーカーの上、提出してください。また、医師からの所見を聴取した場合

は、聴取日時・聴取方法（ＴＥＬ、面接等）、聴取内容、医師氏名が記録された書面を提出してください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 保険者確認欄  　　年　　月　　日  上記内容につき、添付書類により例外給付の要件（確認不可の種目は除く）を確認しました。 | | |
| 確認の有効期間 | 年　　月　　日　～　　　　　　年　　月　　日 |

* 継続して貸与を受ける場合は、確認の有効期間が切れる前に確認申請を行う必要があります。
* 下記のとおり確認不可の種目は除きます。

|  |  |
| --- | --- |
| 確認不可の種目 | （確認不可の種目とその理由） |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 保険課長 | 介護グループ | 本件、上記の通り決定し、通知してよろしいか。  　起案日　　　　　　　年　　月　　　日  決定日　　　　　　　年　　月　　　日 |
|  |  |